

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Albert LEMARIEY

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Bourneville (Eure) le 29 Octobre 1865

DE

L'OTITE MOYENNE AIGUË

CHEZ LES SCLÉREUX

Président : M. PINARD, professeur.

Juges MM. { *MARCHAND professeur.*
VARNIER ET BROCA agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1896

527

527

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU MÊME AUTEUR

**Appendicite, abcès iliaque avec fusée purulente dans la paroi scro-
tale, pleurésie sero-purulente** (*Gazette des Hôpitaux*. 5 décembre
893.)

Des hypertrophies polypoïdes de l'amygdale (*Annales des mala-
dies de l'oreille et du larynx* Mai 1895).

Syndrome de Ménière guéri par la pilocarpine (*Annales des mala-
dies de l'oreille et du larynx*. Novembre 1895).

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Albert LEMARIEY

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Bourneville (Eure) le 29 Octobre 1865

DE

L'OTITE MOYENNE AIGÜE

CHEZ LES SCLÉREUX

Président : M. PINARD, professeur.

Juges MM. { *MARCHAND professeur.*
VARNIER ET BROCA, agrégés.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ N.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0047

Je prie M. le Professeur Pinard d'agréer l'expression de toute ma gratitude pour la sympathie qu'il m'a toujours témoignée, et dont il veut bien me donner une nouvelle marque en acceptant la présidence de ma thèse.

Ceux de mes Maîtres dont la bienveillance à mon égard est également toute particulière, me permettront de les remercier aussi tout particulièrement à cette place.

Que M. le docteur Fernet me permette de lui dire la profonde admiration que j'ai pour lui, comme tous ceux qui ont eu l'honneur d'être ses internes.

Durant deux années, M. le docteur Gombault n'a épargné ni son temps, ni sa peine pour que, malgré certaines résistances, mes études oto-laryngologiques me fussent facilitées à l'hôpital Beaujon. Je lui suis profondément reconnaissant de son dévouement tenace et de sa sympathie.

Ma reconnaissance envers M. le docteur Lermoyez ne saurait être assez vive. A sa Clinique de la rue d'Aboukir, en même temps qu'il me permettait d'acquérir l'ensemble de mes connaissances en médecine et en chirurgie spéciales, en me faisant participer pendant 2 ans aux fruits de sa haute expérience, ce maître sympathique et dévoué savait y rendre mon séjour agréable par la courtoisie et la cordialité inaltérables de ses relations. En dehors de la clinique, toutes les fois que j'ai fait appel à ses conseils, j'ai rencontré chez lui la même bienveillance et le

même empressement. Pour toutes ces raisons, c'est à lui que va ma plus profonde reconnaissance.

J'adresse aussi mes remerciements sincères à mes autres maîtres : MM. les professeurs Tillaux et Berger, MM. les docteurs Lebreton et Siredey, dont je regrette d'avoir été trop peu de temps l'élève.

M. le docteur Périer a bien voulu me suivre et m'encourager pendant toute la durée de mes études médicales. Je ne saurais assez lui dire combien grande est ma reconnaissance pour les marques d'intérêt qu'il m'a données.

Enfin, j'inscris avec respect les noms de Péter, de Blachez, et du regretté Girode qui ne comptait que des amis.

INTRODUCTION

La comparaison entre un certain nombre d'otites moyennes aiguës, apprend que plusieurs d'entre elles s'écartent du type classique par leurs caractères cliniques, par leur marche, par leur pronostic, et par la manière dont elles doivent être traitées au point de vue opératoire. Ce type particulier d'otite moyenne aiguë se rencontre chez les Scléreux de l'oreille. Nous trouvons que les Traités d'otologie ne lui donnent pas une place suffisante dans leurs descriptions. Il est cependant très important, au point de vue pratique, à bien connaître, car ses allures spéciales font qu'il passe souvent inaperçu au grand préjudice du malade. C'est ce qui nous engage à étudier ce type avec détails, bien que le sujet paraisse exigü au premier abord.

Les observations que nous rapportons concernent toutes les malades de M. Lermoyez. La dernière provient de son service oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine. Nous remercions nos excellents amis et collègues Laurens et Griner, internes du service, d'avoir complété pour nous cette observation en suivant la marche ultérieure de la maladie.

CHAPITRE I

ÉTUDE ANALYTIQUE DES SIGNES ET SYMPTÔMES

Nous n'insisterons que sur ceux dont la physionomie est particulièrement influencée par la nature du terrain scléreux sur lequel évoluera l'otite ; et pour commencer par le signe qui de tous est le plus modifié, nous parlerons d'abord des résultats fournis par l'examen de la membrane du tympan.

I. ASPECT DE LA MEMBRANE DU TYMPAN. — L'attention doit se porter surtout sur les changements de forme et de couleur, et sur un aspect spécial qui dénote la résistance et l'épaisseur.

a) Voussure de la membrane. — Dans l'otite moyenne aiguë purulente classique, quand la perforation ne s'est pas encore effectuée, la membrane bombe en dehors dans son ensemble. La voussure prédomine souvent sur certains points, et généralement c'est le segment postéro-supérieur qui présente cette particularité. Ce segment, gonflé en dehors, prend l'apparence d'un abcès rouge-livide, recouvert d'épiderme fendillé (Politzer).

Donc voussure, souvent plus marquée en quelque point, mais voussure généralisée,

Dans l'otite des Scléreux, la voussure généralisée existe rarement, et, quand elle existe, elle est très faible. Par contre, les voussures localisées, simple détail dans l'otite aiguë ordinaire, prennent, chez les Scléreux, une importance capitale par leur fréquence, par leur développement et par leurs conséquences pratiques. Sur nos six observations, quatre signalent cette voussure strictement localisée (observ. I, III, V et VI.)

Sur ces quatre faits, trois fois la voussure circonscrite siégeait dans le segment postéro-supérieur. Dans l'observation III la voussure était située au contraire dans le segment antéro-supérieur.

Cette voussure varie dans ses dimensions ; dans les trois cas où elle siégeait en arrière du manche elle intéressait le segment postéro-supérieur tout entier ; elle était énorme chez le malade de l'observation VI.

Généralement ovalaire et à large base, cette saillie localisée peut se détacher plus nettement sur le reste de la membrane, et arriver à constituer une sorte de poche qui pend en avant de la membrane. Notre obs. III offre un exemple de cette dernière disposition : on voyait, dans ce cas, en avant de l'apophyse externe du marteau, une petite poche conique paraissant s'insérer un peu au-dessous du pli antérieur. L'apparition de ces voussures partielles semble être un phénomène précoce : la voussure existait le deuxième jour chez le malade de l'observation I, le seul que nous ayons pu examiner à une époque aussi rapprochée du début.

Ces voussures localisées s'accroissent, deviennent plus nettes et plus tendues s'il survient une poussée ou des signes soit de rétention purulente, soit de mastoïdité

(obs. I, obs. III) ; alors même que l'ensemble de la membrane ne bombe point, ou bombe très peu.

Ces voussures partielles et ces poches, ordinairement d'un rouge sombre, souvent atténué par la desquamation épithéliale qui les nuance d'une teinte grisâtre, peuvent se dépouiller de leur épiderme : elles prennent alors une couleur rouge-vif. C'était le cas pour la poche dont parle l'observation III. Elle ne se distinguait d'un polype que par la perforation de son sommet.

La perforation spontanée, très retardée chez les Scléreux, peut se faire au niveau de ces voussures localisées. Ces otites à perforation située au sommet d'une ampoule, sont, comme le répète Politzer, d'un fâcheux pronostic : la perforation est petite, insuffisante, souvent mal placée pour l'écoulement du pus : aussi la suppuration se prolonge, les poussées se succèdent, l'otite traîne et la guérison est difficile et tardive. L'observation III nous offre comme un résumé de ces circonstances défavorables : on y verra toute la série d'interventions patientes et variées que peut nécessiter la guérison d'une semblable otite.

L'existence de voussures nettement circonscrites et de poches n'indique pas forcément une inflammation localisée à la partie correspondante de la caisse. Les observations III et VI sont en effet des exemples d'otites généralisées, où la membrane présentait une voussure circonscrite ou une poche.

Chez les Scléreux la voussure est donc circonscrite dans la grande majorité des cas ; il peut arriver toutefois que la membrane bombe dans son ensemble ; mais le fait ne se produit que difficilement et d'une façon légère

et peu durable, par exemple à propos d'une recrudescence de l'otite ou au moment de complications mastoïdiennes. Ainsi, dans l'observation IV, la membrane, enfoncée plusieurs semaines après le début, ne devint bombée qu'au moment d'une poussée de mastoïdité. De plus en plus ramollie par l'inflammation, en même temps que d'autre part augmentait l'abondance du pus, elle ne fut plus assez résistante et se laissa repousser en dehors.

L'observation I, qui a trait à un cas d'otite circonscrite, fait cependant mention d'une voussure généralisée, passagère il est vrai. Nous verrons plus loin à donner l'explication de cette particularité. Disons simplement par avance qu'elle n'infirmé point ce que nous venons de dire.

Au cours de l'otite moyenne aiguë, la membrane des Scléreux peut donc être légèrement bombée dans son ensemble ; c'est l'exception. La règle est qu'elle le soit partiellement. Enfin elle peut être enfoncée (obs. IV).

Que la voussure ait été généralisée ou circonscrite, après la perforation artificielle ou spontanée, ou lorsque les phénomènes inflammatoires ont cédé sans rupture de la membrane, celle-ci reprend l'aspect habituel qu'elle présente chez le Scléreux : elle s'enfonce. Cet enfoncement reparait aussitôt après la sortie du pus, et reste très rebelle aux douches d'air. Dans l'observation II, la membrane est enfoncée six jours après la paracentèse : elle l'est encore légèrement après un mois de traitement par les douches d'air. Nous assistons dans l'observation I à l'enfoncement progressif de la membrane : car, le manche, déjà très enfoncé dix jours après la paracentèse,

est excessivement enfoncé et presque horizontal avec pli postérieur très saillant, dix-sept jours après la paracentèse. Elle reste toujours très enfoncée malgré dix-huit jours de Politzer; le cathétérisme même ne la redresse (et d'une façon passagère) qu'à la septième séance. Enfin, une nouvelle série de douches d'air de un mois et demi, n'arrivent à redresser la membrane que légèrement.

Si la voussure généralisée est beaucoup moins fréquente et moins prononcée ici que dans l'otite aiguë vulgaire, c'est que la membrane et la caisse sont altérées dans leur structure et dans leur configuration. La membrane ne fait pas saillie dans son ensemble, parce que, de par la sclérose, elle a perdu de son élasticité et augmenté d'épaisseur, et parce que, aussi, des adhérences la rattachent aux autres parois de la caisse. Aussi, malgré son ramollissement inflammatoire, résiste-t-elle à la pression du pus.

Elle est le siège des voussures localisées, parce que son épaisseur et sa résistance sont extrêmement inégales suivant les régions. Nous n'en voulons pour preuve que la membrane d'une Scléreuse examinée au cours d'une otite moyenne aiguë dont elle fut atteinte. Cette membrane perforée dans le quadrant antéro-inférieur, présentait, d'une part, une sorte de bride fibreuse extrêmement épaisse joignant l'extrémité inférieure du manche au cercle tympanique, et, d'autre part, dans le quadrant postéro-supérieur, une région tellement amincie qu'elle s'accolait en ce point à la paroi interne de la caisse et laissait voir l'étrier par transparence. Il est bien évident que, s'il survient un épanchement dans la caisse, une semblable membrane ne bombera jamais dans son ensemble.

En outre, les adhérences qui relient la membrane à la paroi interne de la caisse, et qui sont toujours le résultat d'inflammations antérieures, puisque les ponts membraneux d'origine congénitale ne prennent point insertion sur la membrane (Gradenigo), ces adhérences n'existant pas sur toute l'étendue de la membrane, retiendront déprimés leurs points d'insertion, tandis que les zones circonvoisines pourront se voussurer. — La dissociation des couches de la membrane par le liquide a été invoquée également pour expliquer ces voussures circonscrites. Enfin, M. Escat, rapprochant la localisation fréquente de ces voussures au segment-postéro-supérieur, et l'existence, à ce niveau, de la poche postérieure de Troltsch, attribua, tout au moins dans les cas qu'il rapporte, la voussure à la présence d'une collection enkystée dans cette poche.

En résumé, lorsque l'otite moyenne aiguë survient chez un Scléreux, la membrane, avant toute perforation, est très rarement bombée dans son ensemble, ou elle l'est à peine. Quelquefois elle est plutôt enfoncée. Dans certains cas une partie de la membrane fait une saillie accentuée, le plus souvent au niveau du segment postéro-supérieur. Cette saillie peut se préciser encore plus et prendre la forme d'une poche. Ces voussures localisées se voient dans les otites limitées à un territoire de la caisse, et dans les otites généralisées à toute la caisse.

L'épisode aigu passé, l'enfoncement de la membrane se reproduit, s'il s'était temporairement effacé. L'enfoncement est en effet l'un des caractères habituels de ces membranes en dehors des poussées aiguës. On peut s'en convaincre en examinant l'autre oreille qui reste en

quelque sorte comme témoin et point de comparaison pendant la durée de l'otite moyenne aiguë. On trouve la membrane de cette oreille déprimée, avec un manche du marteau enfoncé et se rapprochant plus ou moins de l'horizontale, une courte apophyse saillante ainsi que les plis qui en partent.

b) Changements de couleur. — Dans l'otite moyenne aiguë ordinaire, si l'inflammation est légère, la membrane présente une forte injection vasculaire à sa périphérie, dans le voisinage de la courte apophyse et le long du manche du marteau. L'inflammation est-elle plus violente, toute la membrane devient uniformément écarlate ou livide, ou bien rouge-jaune, ecchymotique ; d'autres fois, elle ressemble, au début, à une plaque de cuivre brillant (Politzer). Plus tard le gonflement de la couche cutanée fait passer la coloration au rouge gris, efface le marteau, mais laisse voir la courte apophyse sous forme d'un point jaune blanc au milieu de la rougeur générale.

En résumé : Rougeur diversement nuancée suivant les cas et suivant les régions de la membrane, mais rougeur intense, généralisée.

Or, chez les Scléreux, ces deux caractères : intensité, généralisation, sont notablement atténués.

L'intensité est beaucoup moindre : L'observation I nous dit en effet que le deuxième jour, la membrane est « rouge pâle », le troisième jour « rosée ». Le sixième jour, bien qu'il y ait recrudescence dans l'acuité des phénomènes inflammatoires, et que la paracentèse soit nécessaire, elle n'est que « rose pâle ». Dans l'observation II, au huitième

jour, alors que l'intensité de l'otite et l'apparition de complications mastoïdiennes vont nécessiter la paracentèse immédiate, la membrane n'est que « légèrement injectée ». Dans l'observation III, à la suite d'un coryza, survient une poussée aiguë, et, malgré cette poussée aiguë, généralisée, la membrane n'est que « très légèrement rosée ». Une seule fois chez ce malade, à l'occasion d'une poussée nouvelle, « la membrane tout entière est rouge et animée de battements ». Nos autres observations concordent avec celles que nous venons de citer.

Le deuxième caractère de la rougeur, c'est-à-dire l'extension à toute la membrane, est ici remplacé par le caractère inverse, du moins très fréquemment. Dans la forme généralisée de l'otite, ou dans les poussées aiguës s'étendant à toute la caisse, la membrane peut présenter une teinte rosée dans toutes ses parties. Mais dans le cas de voussure circonscrite, que la voussure appartienne à l'otite généralisée à toute la caisse, ou à la forme circonscrite ; c'est à son niveau que paraît la rougeur, tandis que le reste de la membrane garde ses caractères.

Comme la voussure, la teinte rosée ne disparaît pas immédiatement après la paracentèse, mais va s'atténuant progressivement pendant un jour ou deux. Après disparition des phénomènes aigus, elle devient « grise, opaque, épaissie » (obs. I). Un peu plus tard on la trouve blanchâtre (obs. V), ou blanc mat, comme une surface de porcelaine (obs. III). Le manche peut garder assez longtemps une teinte légèrement rosée (obs. III, V). S'il s'agit d'une forme à poussées (obs. III), dans l'intervalle des poussées, la membrane est « opaque, gris perle dans sa presque to-

talité » : il n'y a de rougeur qu'au niveau de la perforation mal fermée.

Cette absence ou cette atténuation de la rougeur tient à la constitution de la membrane : pauvre en vaisseaux, épaisse et fibreuse, elle est peu capable de réaction.

Si nous voulons juger de ces modifications en dehors de l'inflammation aiguë, nous n'avons qu'à examiner l'autre membrane. On la trouve un peu épaissie et légèrement opaque (obs. I), opaque, avec une très légère injection du manche (obs. II) opaque (obs. III et VI) ramollie, blanchâtre, rosée à la partie postéro-supérieure, et le long du manche (obs. IV).

En résumé : la rougeur intense et généralisée est remplacée chez le Scléreux par une teinte rosée souvent circonscrite. Lorsqu'elle disparaît, la membrane reprend ses caractères scléreux, identiques à ceux de l'autre membrane.

c) Une autre particularité de la membrane dans l'otite des Scléreux, c'est *l'opacité, l'épaisseur et la résistance* qu'elle présente, et dont on a la sensation, qu'on devine rien qu'à l'inspection. Du fait de cette épaisseur et de cette opacité, nous sommes loin ici des cas rares, dont parle Politzer, où la membrane peu enflammée laisse voir par transparence la limite supérieure de l'exsudat contenu dans la caisse. Souvent même la présence de cet exsudat est méconnue.

La principale conséquence de l'épaisseur et de la résistance de la membrane, est le peu de tendance qu'elle a à se laisser perforer spontanément. Dans l'otite purulente ordinaire la perforation survient le deuxième ou le troi-

sième jour, quelquefois le premier (et nous venons d'en voir un exemple ces jours-ci chez un enfant de trois ans). L'otite purulente aiguë des Scléreux ne s'accompagnait pas encore de perforation dans nos observations, le sixième (obs. I), le huitième (obs. II), le dixième jour (obs. VI), après plus de quinze jours (obs. IV); et dans tous ces cas on dut faire la paracentèse.

d). Citons seulement deux autres caractères qui n'ont pas directement trait à la symptomatologie, et sur lesquels nous reviendrons en temps utile : nous voulons parler de la perte de sensibilité, qui rend la paracentèse peu ou point douloureuse, et de la perte d'élasticité qui laisse les lèvres de la paracentèse au contact, et provoquent la cicatrisation prématurée.

II. EXAMEN DES PARTIES ACCESSOIRES. — Contrairement à la membrane, le Pavillon, les ganglions voisins et le Conduit ne présentent rien de bien spécial dans l'otite moyenne aiguë des Scléreux.

Rappelons seulement que le *Conduit* du scléreux est ordinairement large, ses courbures plus ou moins effacées, ses parois souvent tapissées de débris épidermiques. La forte injection, le gonflement de la partie osseuse du Conduit et l'effacement de l'angle qu'il forme avec la membrane, sont ici moins prononcés que dans l'otite aiguë purulente ordinaire.

III. ECOULEMENT. — Le premier caractère de l'écoulement est son apparition tardive. Laissons de côté les

observations III et V, où il existait au moment du premier examen et qui, par conséquent, ne peuvent nous fixer sur l'époque où il débuta. Il nous reste comme preuve de ce que nous avançons, quatre observations. Le pus parut, en effet, le 6^e jour (obs. I), le 8^e obs. II), le 10^e (obs. VI) après plus de 15 jours (obs. IV) ; et dans tous ces cas par suite de paracentèse. Combien de temps encore la perforation spontanée se serait-elle fait attendre ?

D'abondance très variable, l'écoulement fut à peine de deux gouttes au moment de la paracentèse dans l'observation I, et resta très faible pendant sa courte durée. Il en fut de même dans l'observation V ; peu de pus lorsqu'on débrida la perforation spontanée, qui était insuffisante, peu de pus également les semaines qui suivirent.

Ces deux cas d'écoulement minime appartiennent à ce que nous décrirons plus loin sous le nom de forme circonscrite.

Inversement, l'écoulement peut être abondant (obs. II, IV, VI). Dans ces trois cas la suppuration s'étendait à toute la caisse, et il s'y joignait des symptômes de mastoïdite.

L'écoulement peut avoir une évolution bien nette, en un seul temps. C'est le cas de toutes nos observations, sauf l'observation III. De courte durée dans certains cas (obs I et II où l'écoulement est tari et la perforation cicatrisée 5 jours après la paracentèse), cette évolution en un seul temps peut se prolonger davantage ; dans l'observation VI il ne tarit que 18 jours après la paracentèse.

Notre observation III nous offre l'exemple d'une toute autre évolution. D'abord l'écoulement se prolongea beau-

coup plus, puisqu'il dura dix mois ; pendant ces dix mois le pus coula d'une façon généralement modérée ; mais de temps à autre survenait un épisode (poussée aiguë ou phénomènes de rétention) nécessitant une intervention opératoire, et se terminant par un écoulement plus abondant de pus.

Si l'on cherche l'explication des dissemblances que présente l'écoulement dans ces divers cas, on voit que, d'un côté (obs. I par exemple), la suppuration est localisée à une poche petite, sans cloisonnement, largement ouverte et qu'elle est soignée d'une façon rigoureuse ; que, de l'autre côté, au contraire (observ. III), la suppuration est étendue à la totalité d'une caisse divisée en logettes par des cloisons multiples, et ne présentant qu'une voie d'échappement insuffisante et mal placée et qu'en outre cette suppuration est alternativement soignée et négligée par le malade.

A ces causes s'ajoute probablement l'influence de l'espèce microbienne qui n'est pas toujours la même. Nous ne pouvons malheureusement donner le résultat de l'examen bactériologique que pour la seule observation VI, où notre collègue, M. le docteur Macaigne, trouva le staphylocoque doré.

IV AUDITION. — En ce qui concerne l'audition, l'oreille du Scléreux paraît bien plus fortement et plus rapidement touchée par l'otite moyenne aiguë qu'une oreille normale. Tant que dure l'état aigu l'audition est très abaissée ou même abolie. L'état aigu passé, elle revient lentement. Enfin, au bout d'un traitement souvent long, l'o-

reille ne récupère point l'acuité auditive normale, parce qu'elle est le siège de lésions scléreuses préexistantes. Cette intensité des troubles auditifs est, avec les altérations de la membrane, la particularité symptomatique la plus saillante de l'otite moyenne aiguë des Scléreux, et un élément diagnostique de premier ordre.

Lorsqu'apparaissent les premiers symptômes de l'otite, le malade éprouve une dureté de l'ouïe souvent considérable, et souvent aussi il l'indique lui-même au médecin en même temps que la douleur et les bourdonnements. Dès le début en effet, l'audition est atteinte et même gravement atteinte. Le troisième jour de la maladie, la montre n'est entendue qu'à 5 centimètres dans l'observation I, et cela, lorsque le traitement institué depuis 24 heures a amélioré d'une façon sensible les divers symptômes de l'otite. Une exacerbation survenant le cinquième jour, avec menaces de mastoïdite, l'audition baisse parallèlement aux progrès de l'inflammation et tombe à 0 pour la montre air.

Dans l'observation II, au huitième jour, la perception de la montre air est également nulle. Chez un autre malade, dont nous n'avons point rapporté l'observation, la montre n'était entendue qu'à trois de 1 cent., au huitième jour. — Le malade de l'observation VI l'entend seulement au contact le dixième jour. Dans l'observation III la montre air n'était également pas entendue.

La perception paraît moins troublée quand il s'agit des formes catarrhales et subaiguës. Ainsi, dans l'observation IV, la montre air était entendue à 6 cent. Elle l'était à 20 cent. et la voix basse à 2 m. pour les chiffres, dans l'observation V, trois semaines après le début. Dans un

cas d'otite catarrhale aiguë chez une Scléreuse, elle était de 15 cent. quinze jours après le début.

De même que la perception de la montre air, la perception osseuse paraît bien plus troublée que dans l'otite moyenne aiguë des oreilles normales. Elle est fréquemment abolie (obs. III et VI). Elle l'était aussi chez une autre Scléreuse au 8^e jour d'une otite moyenne aiguë. — Comme la perception de la montre air, la perception osseuse ne paraît que peu ou point influencée lorsqu'il s'agit de cas subaigus ou d'otites catarrhales. Chez les deux malades dont nous parlons plus haut (celui de l'observation V, et la malade à l'otite catarrhale), la perception osseuse était bonne.

Sur nos six observations, cinq fois le diapason vertex était, comme on doit s'y attendre, perçu avec plus de force du côté de l'otite. Une seule fois, la perception était égale des deux côtés (obs. V).

Ce que nous venons de dire au sujet des troubles de l'audition, se rapporte à l'examen fait avant toute paracentèse ou perforation spontanée ; car le petit pertuis de l'observation III était placé dans des conditions spéciales qui en rendaient l'influence négligeable.

Les choses se modifient en effet après la paracentèse et lorsque l'otite évolue vers la guérison. L'audition monte à 5 cent. cinq jours après la paracentèse dans l'observation I. Dans l'observation II, elle est à 6 cent., six jours après la paracentèse, puis, le surlendemain, à 8 cent. avant le Politzer, à 13 après le Politzer. — Ensuite, peu à peu, lentement, l'audition s'améliore par les douches d'air ou le cathétérisme. Cette amélioration paraît plus lente que dans les otites ordinaires. Dix jours après la

paracentèse, dans l'observation I, la douche d'air fait monter l'audition pour la montre air de 2 cent. à 30 cent. et l'audition de la voix haute de 40 cent. à 2 mètres. Ce cas est relativement favorable, l'oreille étant peu scléreuse ou l'étant en des points d'importance relative pour la conductibilité. Cette observation nous montre que les effets de la douche d'air ne se font pas forcément sentir parallèlement sur l'audition, les bourdonnements et l'aspect de la membrane ; car, du 16 février au 3 mars, combinée à l'aspiration par le conduit, elle améliora les bourdonnements, mais modifia peu l'audition et pas du tout l'aspect de la membrane. Enfin, après deux mois de cathétérisme, puis de douches d'air, le malade entendait à 80 cent. La malade de l'observation II, après un mois de Politzer n'entendait la montre qu'à 25 cent.

La surdité persiste donc longtemps encore après que l'écoulement a cessé et que le traitement a été institué. Enfin lorsque, étant donné le temps pendant lequel les douches d'air ont été employées, on est en droit de supposer que le traitement a donné son maximum de résultat, l'audition reste inférieure à la normale.

Il peut arriver par exception que le malade déclare entendre mieux après la guérison de son otite qu'il n'entendait avant d'avoir eu cette otite. Le malade de l'observation I était très explicite à ce sujet ; mais, suivant toutes probabilités, il ne s'agit là que d'une amélioration passagère. L'otite, agissant à la manière des substances irritantes injectées dans la caisse pour combattre la sclérose, aura ramolli, allongé quelque bride scléreuse qui gênait l'audition, et de ce fait l'audition s'est améliorée, mais la bride scléreuse se tend et durcit de nouveau et l'acuité

auditive baisse, l'audition redevient ce qu'elle était avant l'épisode aigu ; et même quelques adhérences, ou épais-sissements reliquat de l'otite aiguë récente, s'ajoutant aux productions fibreuses antérieures, le malade entendra plus mal que jamais. Tout au plus pourrait-on concéder qu'une douche d'air ou un cathétérisme énergique ayant rompu les brides et les adhérences au moment de leur ramollissement passager, puisse produire une amélioration réelle et durable. Mais cette circonstance heureuse doit être rare, et l'influence curative d'une otite aiguë sur les lésions antérieures de l'oreille paraît bien problématique. Quoiqu'on fasse, la sclérose reprendra ses droits tôt ou tard.

Si les troubles de l'audition sont plus marqués dans l'otite moyenne aiguë des Scléreux, s'ils se dissipent lentement, enfin si l'audition ne revient jamais à la normale, c'est en effet la sclérose qui en est la cause, et si l'on prend l'audition de l'autre oreille comme on en a examiné la membrane on y trouvera les éléments caractéristiques de la sclérose. Cette oreille entendait la montre à 1 m. (obs. I) à 1 m. 25 (obs. V). Ce sont les seuls malades relativement favorisés, car celui de l'observation IV entendait à 35 cent. ; les autres à 18 cent. (obs. II) à 18 cent. avec percussion osseuse nulle, et même à 7 cent. à l'occasion d'une exacerbation de l'otite (obs. III), à 12 cent. (obs. VI).

Pour nous résumer, nous dirons donc que, dans l'otite moyenne aiguë des scléreux, l'audition est plus rapidement et plus fortement atteinte que dans l'otite aiguë ordinaire. La perception osseuse y est plus souvent abolie. Lorsque les phénomènes inflammatoires s'éteignent,

l'audition s'améliore plus lentement. Enfin, elle ne revient jamais à la normale. Ces troubles prononcés de l'audition sont l'effet de lésions scléreuses que l'on constate également sur l'autre oreille.

V. DOULEUR. — On peut dire d'une façon générale que c'est la manifestation initiale de l'otite (obs. I, III, V), et nous avons vérifié ce fait chez quelques autres scléreux dont nous ne rapportons point l'observation. Il y a cependant des exceptions, où la douleur n'apparaît qu'après les bourdonnements (obs. II) ou a peu près en même temps (obs. VI).

Les jours suivants elle se maintient avec la même acuité, ou bien elle cède en partie soit spontanément, soit sous l'influence du traitement (obs. I) ; mais si les phénomènes inflammatoires redoublent d'intensité ou s'étendent à la mastoïde, elle redevient plus aiguë (obs. I et IV) et peut être excessivement vive (obs. IV). Elle suit régulièrement les oscillations de l'otite dans ses poussées et dans ses rémissions. L'observation III en est un exemple pour ainsi dire schématique : toutes les fois qu'il y eut rétention du pus, exacerbation des phénomènes inflammatoires, elle devint plus intense, pour cesser lorsque le traitement avait eu raison des accidents. Un des caractères de la douleur, est, ici comme dans l'otite vulgaire, de céder plus ou moins au pansement humide et de disparaître immédiatement par la paracentèse, d'une façon passagère ou définitive (obs. I, II, III, IV). La douleur peut reparaitre après la paracentèse : la cause n'en est pas toujours la réunion prématurée des lèvres de l'incision : un simple bouchon formé par du pus concrété peut, en

obstruant l'orifice, amener de la rétention et expliquer la réapparition des douleurs.

La douleur est assez variable dans son acuité suivant les différentes observations. Peu intense quelquefois (obs. V et VI), elle peut être très violente (obs. III, III), même dès le début (obs. I), même dans l'otite aiguë simplement catarrhale, comme nous l'avons observé pendant les deux premiers jours chez une malade dont l'otite guérit sans perforation.

La douleur n'a rien de particulier quant à ses caractères (battements, élancements, etc...), ni quant à son siège. Dans l'observation III, elle siégea au niveau du vertex, lorsque se produisirent les accidents de rétention du mois de juillet.

VI. BOURDONNEMENTS. — Il y a peu de choses à dire à ce sujet. Habituels chez le scléreux en temps ordinaire, les bourdonnements éprouvent une exacerbation à l'occasion de l'otite aiguë, dont ils sont quelquefois le phénomène initial, soit seuls (obs. II), soit concurremment avec la dureté de l'ouïe (obs. V), ou la douleur (obs. VI). Ils existent d'un seul côté, quelquefois des deux. Leur caractère est variable : à timbre musical (obs. III) ou ressemblant à un ronflement (obs. VI) à des sifflements (obs. II), à des martellements, etc...

D'intensité variable, ils diminuent après la paracentèse, mais peuvent subsister encore après que toute douleur a disparu : il y en avait encore une ébauche 18 jours après la paracentèse dans l'observation I.

Ils peuvent s'accompagner d'autophonie (obs. II).

VII. Les phénomènes généraux et la température peuvent varier beaucoup. Le début de l'otite s'accompagne souvent de fièvre, légère dans la plupart des cas, mais qui peut atteindre 40° (obs. II), d'anorexie, de malaise général. Ces phénomènes du début s'atténuent les jours suivants, et disparaissent lorsque la paracentèse a donné libre cours au pus contenu dans la caisse. Ils reparaissent s'il survient de la rétention ou des accidents de mastoïdite.

CHAPITRE II

ANTÉCÉDENTS. — CIRCONSTANCES ÉTIOLOGIQUES

I. Nous ne nous arrêterons pas aux considérations touchant l'âge et le sexe. Ce qui importe en l'espèce ce n'est pas l'âge du malade, mais l'âge de son oreille. L'otite aiguë qui nous occupe est l'otite des oreilles éprouvées par des inflammations antérieures, l'otite des oreilles vieilles et usées par la sclérose. Aussi trouvons nous parmi nos malades des sujets de 29 ans (obs. V), de 25 ans (obs. I).

Lorsqu'on s'enquiert des *antécédents* du malade, on trouve en effet, que son oreille a déjà été touchée antérieurement. Le malade de l'observation I avait eu six ans auparavant une otite moyenne aiguë du même côté. Celui de l'observation IV, avait ressenti des douleurs d'oreille à plusieurs reprises dans sa jeunesse. Depuis trois mois, l'oreille malade était le siège de bourdonnements intermittents d'abord, puis continus. Les autres malades ne se souvenaient d'aucune affection auriculaire antérieure; mais leurs renseignements à ce sujet n'ont qu'une valeur toute relative, car beaucoup d'affections auriculaires survenant en bas âge, ou dans l'enfance, le malade n'en a pas eu connaissance,

ou n'en a pas gardé souvenir. Et puis, on ne trouve pas toujours, à l'origine de la sclérose, une otite, c'est-à-dire un acte pathologique bien défini, bien saillant, qui attire l'attention, et la sclérose s'installe sournoisement, causée et entretenue par des poussées de rhino-pharyngite qui passent à l'état chronique, et, par la trompe, gagnent l'oreille moyenne. Nous venons d'en avoir ces jours-ci une preuve nouvelle chez un enfant de 9 ans, porteur de végétations adénoïdes. Il était amené pour une otite aiguë purulente de l'oreille gauche. Cette otite guérit, et la membrane parut, après cicatrisation, comme une pellicule extrêmement mince qui se mobilisait dans sa totalité à la moindre pression du Siegle. La membrane de l'autre oreille qui n'avait pourtant jamais suppuré, présentait identiquement le même aspect, et l'on peut dire que, à part l'otite aiguë, les deux membranes sont pareilles et également altérées.

II. C'est la voie tubaire que suivent ces infections torpides et réitérées qui produisent la sclérose ; c'est par la voie tubaire également que chemînera l'infection aiguë jusqu'à la caisse où elle déterminera l'otite. La preuve en est, que si nous cherchons *au milieu de quelles circonstances survient l'otite moyenne aiguë des Scléreux*, nous trouverons chez tous ou presque tous nos malades une inflammation des voies respiratoires supérieures. C'est la grippe dans les observations I et III ; un rhume de cerveau dans les observations II et V ; une maladie infectieuse mal déterminée (peut-être la grippe) dans l'observation VI.

III. A l'examen du malade, on trouve du reste la *trace de ces inflammations*, point de départ de l'otite. Les fosses nasales nous montrent une pituitaire rouge, avec ou sans muco-pus (obs. II et V), des cornets hypertrophiés, des déviations et des crêtes de la cloison s'étendant profondément (obs. IV). Le rhino-pharynx est très souvent rouge vif, tapissé de muco-pus ; et la rhinoscopie postérieure fait voir des queues de cornet. Le pharynx buccal reflète l'image de ces lésions inflammatoires et congestives, et l'on y trouve souvent l'aspect lisse, sec, vernissé de la pharyngite sèche.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES

L'infection parvenue à la caisse a déterminé l'otite. Mais l'examen du malade montre que de ces otites, les unes intéressent toute la caisse, tandis que les autres sont confinées à l'une de ses régions. La distinction est réelle, elle est utile à faire dès maintenant. Nous distinguerons donc dans l'otite moyenne aiguë des Scéléreux, deux formes que nous étudierons séparément :

1^o) Forme Généralisée.

2^o) Forme Circonscrite.

I. *Forme Généralisée.*

C'est la forme qui diffère le moins de l'otite moyenne aiguë vulgaire; abstraction faite d'une variété spéciale, dont l'observation III est un exemple très net, et sur laquelle nous insistons plus loin.

Cette Forme Généralisée peut avoir une marche franchement aiguë (obs. II). Elle ne diffère alors de l'otite purulente aiguë vulgaire, que par les caractères de la membrane, par l'abaissement si marqué et même l'abolition du pouvoir auditif, enfin par l'apparition très tardive de la perforation spontanée, et la tendance de la per-

foration artificielle à se cicatriser prématurément. Bien soignés, ces cas à marche franchement aiguë ne durent guère plus qu'une otite purulente ordinaire. Mais, après la guérison, l'audition est lente à revenir et reste plus ou moins imparfaite ; la membrane reprend ses caractères scléreux ainsi que la caisse. Dans l'observation VI la marche fut moins franche. Mais elle s'écarte peu de ce qu'elle est dans les cas classiques ; nous y retrouvons les caractères que nous venons de signaler à propos de l'observation II. — Enfin dans l'observation IV, la forme généralisée évolua d'une façon subaigue : la guérison survint plus tard que dans les deux cas précédents : mais ce retard est imputable en partie à la négligence du malade.

Plus curieuse est l'observation III dont il nous reste à parler. Nous y trouvons un exemple d'otite généralisée, simulant à première vue la forme circonscrite. Dans cette variété d'otite généralisée, se développe, sur un point de la membrane, une poche plus ou moins nette et saillante, et c'est la présence de cette poche qui pourrait amener la confusion. Dans l'observation III, cette poche siégeait dans le quadrant antéro-supérieur, en avant du marteau, au-dessous du pli antérieur ; mais elle pourrait se produire en toute autre région de la membrane, partout où, au milieu d'une membrane épaissie, existe un point aminci qui se laisse refouler par l'épanchement de la caisse. Cette poche pourra se perforer à son sommet, comme dans l'observation III. Nous voyons en outre par cette observation que la forme généralisée peut évoluer d'une façon tout à fait lente, puisque la guérison ne survint qu'au bout de 10 mois. L'écart énorme quant à la

durée entre le cas de l'observation II et celui de l'observation III nous fait supposer qu'à l'influence du traitement, (rigoureux dans le premier cas, relâché dans le deuxième), s'ajoutaient des différences anatomiques dans la topographie des deux caisses. Dans l'observation II, la caisse semble être restée à peu de choses près ce qu'elle est normalement : une cavité présentant des rétrécissements nombreux, mais une cavité unique. Dans l'observation III, au contraire, elle paraît cloisonnée par une quantité notable de points membraneux qui la divisent en petits compartiments communiquant entre eux difficilement. Ainsi s'expliquent la longue durée, et la fréquence des accidents de rétention dans cette dernière otite.

II. *Forme Circonscrite.*

Il résulte des explications précédentes que l'existence de cette forme ne saurait être prouvée par la présence de voussures limitées de la membrane.

Il est d'autres arguments qui l'établissent d'une manière irréfutable. Nous les empruntons à la communication faite par le docteur E. Escat à la Société d'Otologie et de Laryngologie en 1895. Dans ce travail, M. Escat relate quatre observations, dont trois sont des exemples indiscutables d'otite localisée à la partie de la caisse qui correspond au segment postéro-supérieur de la membrane.

Dans le premier de ces faits l'examen de la membrane montrait une voussure exclusivement localisée au segment postéro-supérieur. Croyant à une otite généralisée

avec bombement circonscrit de la membrane, l'auteur ponctionne non point la voussure, mais le quadrant antéro-inférieur pour donner au pus l'issue la plus facile. Or à travers cette perforation, assez large cependant pour permettre de voir la muqueuse de la caisse, il ne s'écoula aucun liquide; la voussure ne diminua pas. L'aspiration au Siegle ne fit ni sortir de pus, ni disparaître la voussure. Le cathétérisme qu'il pratiqua ne lui révéla qu'un bruit de perforation très net, mais sans le moindre râle, et ce cathétérisme ne refoula aucun exsudat dans le conduit. Ponctionnant alors la voussure, il en vit sortir une gouttelette de pus. Un deuxième cathétérisme ne donna lieu à un aucun râle, n'amena aucun liquide dans le conduit. Mais l'aspiration au Siègle fit apparaître le pus et la voussure s'affaissa du coup presque complètement. Il s'agissait donc bien d'une poche circonscrite, et il n'y avait que cela, car le soir même toute douleur avait disparu.

Dans sa deuxième observation, l'enkystement de la collection, prouvé comme dans le cas précédent par les résultats du cathétérisme et du Siegle, reçut encore une autre démonstration. Comme le pus était épais, il fit, pour l'évacuer, un lavage de la poche avec la canule d'Hartmann, et il constata deux choses : l'excursion du bec de la canule était très limitée ; et (fait plus important) le liquide injecté, après avoir reproduit la voussure, était rejeté dans le conduit immédiatement, au lieu de l'être après quelques secondes comme dans l'otite généralisée.

Dans sa quatrième observation, dont nous parlerons plus loin avec détail, la preuve de l'enkystement repose

sur les mêmes constatations rigoureuses que dans la première.

L'otite purulente aiguë, limitée à la région de la caisse que cache le segment postéro-supérieur de la membrane, est donc indéniable ; et deux de nos observations en sont des exemples. Si nous n'avons point cité in extenso les observations de M. Escat, en les joignant aux nôtres, c'est que nous étudions exclusivement l'otite aiguë des Scléreux, et que nous ne sommes pas persuadé que les malades de M. Escat fussent des scléreux. En effet, dans sa première observation, toute la membrane était d'un rouge intense, la guérison survint rapidement (au bout de treize jours), et le malade recouvra l'audition normale. Il n'est pas dit non plus que l'une ou l'autre membrane présentât les caractères de la sclérose. — Dans sa deuxième observation, douze jours après la paracentèse, la membrane avait repris son aspect normal, elle ne présentait plus qu'un petit pertuis, vestige de la perforation, il n'est parlé non plus de membrane scléreuse ni d'un côté, ni de l'autre. Enfin dans le dernier cas, il y eut un stade d'otite purulente aiguë généralisée, qui précéda l'otite purulente enkystée : or, au 5^e et au 6^e jour de ce premier stade, la membrane était voussurée dans son ensemble, et présentait une rougeur généralisée intense : deux caractères qui vont mal avec l'hypothèse d'une membrane scléreuse. Enfin ces trois cas guérissent rapidement.

Nos observations I et V sont, au contraire, des exemples d'otite purulente circonscrite chez des Scléreux, s'accompagnant de voussure limitée au quadrant postéro-supérieur. L'évolution fut aiguë dans le premier cas, subaiguë dans le second.

Il nous serait difficile de donner une description d'ensemble d'après ces deux seules observations, sauf à la faire forcément schématique et incomplète.

Quelles conditions président au développement de ces otites circonscrites, et par quel mécanisme arrivent-elles à l'enkystement ? — A ce point de vue les trois faits de M. Escat et nos deux observations sont absolument calqués les uns sur les autres, car les cinq malade dont il s'agit ont eu la même histoire au début. Chez tous les cinq, il y eut, avant toutes choses, une inflammation rhino-pharyngienne. Des trois malades de M. Escat, le premier était au dixième jour d'un coryza aigu, le deuxième présentait un catarrhe aigu des voies respiratoires supérieures, le dernier était enrhumé depuis quelque temps. Notre premier malade avait la grippe depuis quatre jours ; l'autre présentait du muco-pus dans les fosses nasales au premier examen.

Cette infection, à point de départ naso-pharyngien, remonte par la trompe jusqu'à la caisse, et, là, dans un premier stade, elle se manifeste sous forme d'otite aiguë généralisée à toute la caisse. Parfaitement caractérisé, ou seulement ébauché, ce premier stade se retrouve dans quatre observations sur cinq. (Dans le cinquième cas (obs. V), le premier examen fut fait à une époque assez éloignée du début, et le malade ne put préciser les détails de cette partie de son histoire. Ce fait n'entre donc pas en ligne de compte.) Dans le premier cas de M. Escat, nous voyons évoluer simultanément deux otites : à gauche, une otite purulente généralisée qui s'ouvrespontanément le quatrième jour ; à droite, l'inflammation débute un peu plus tard, mais elle est généralisée comme à gauche, car

à côté de la voussure excessivement rouge du quadrant postéro-supérieur, l'ensemble de la membrane est d'une rougeur intense, et la muqueuse de la caisse, vue à travers la première perforation (celle du segment antéro-inférieur), est très rouge. M. Escat crut à une otite généralisée, et, de fait, la généralisation existait encore au moment de son examen ; mais, sa première paracentèse lui mit sous les yeux une otite généralisée qui entraînait en résolution, tandis que dans une petite région elle se confinait, s'enkystait et tournait à la suppuration.

Dans notre observation I se retrouve l'ébauche de ces deux étapes : L'otite débute d'une façon violente le 1^{er} février, et la première étape dure cinq jours, car la douleur qui avait déjà spontanément diminué le 2, a cessé le 3 sous l'influence du traitement, n'existe plus le 5. La membrane se modifie parallèlement, quoique à un degré moins sensible : rouge pâle et légèrement bombée dans son ensemble avec un cul-de-sac très marqué le 2, elle n'est plus que rosée le 3, et le cul-de-sac est moins tendu. A ce moment l'enkystement n'existe probablement pas encore. Le premier acte prend fin le 5 : l'otite généralisée s'est éteinte. Mais dans un point de la caisse elle a continué son évolution, s'est enkystée, a suppuré, et le deuxième acte, celui de l'otite circonscrite purulente est en pleine évolution dès le lendemain 6 février.

Dans la deuxième observation de M. Escat, cette marche en deux étapes apparaît encore plus nettement : car entre la première et la deuxième il y eut un intervalle de huit jours. Ce malade commence par présenter les symptômes d'une otite catarrhale aiguë. Cette première otite dure 3 jours, après quoi elle s'améliore, et le malade a huit jours

de répit. Mais, au bout de ces huit jours, alors qu'il paraît absolument guéri de son rhume et de son otite, survient une poussée plus aiguë, circonscrite et purulente.

Dans ces trois cas, le stade d'otite généralisée, relativement bénin, n'a été qu'une poussée catarrhale.

Dans le cas suivant (dernière observation de M. Escat) le premier stade consista en une otite généralisée franchement purulente où l'on dut inciser la membrane dans le segment antéro-inférieur.

Cette paracentèse fut suivie d'une amélioration très notable qui dura dix jours, et la perforation se cicatrisa. Au bout de ce temps, se manifesta une deuxième poussée, également purulente, mais circonscrite et qui nécessita la paracentèse du quadrant postéro-supérieur.

Ces Formes Circonscrites ne sont donc en somme qu'un reliquat, une queue d'otite généralisée. Mais, loin d'être quantité négligeable, ce reliquat évolue pour son compte, et d'une façon souvent plus complète que la première otite, puisqu'il passe à la suppuration, et nécessite l'incision de la membrane.

Il est difficile de dire exactement en quel point de la caisse siègent ces collections, quels feuillets muqueux en forment les parois. M. Escat incline à assigner comme siège aux collections enkystées qu'il relate, la poche postérieure de Troltsch, dont l'orifice enflammé se ferme par accollement et soudure de ses bords. Rien ne s'oppose effectivement à ce que les poches existant normalement dans la caisse puissent enkyster une collection d'après ce mécanisme.

D'autres poches peuvent aussi se former par accollement des replis muqueux si nombreux, si rapprochés

et d'agencement si divers que contient normalement la caisse. — Si, à ces poches et à ces replis d'origine congénitale, nous ajoutons les productions pathologiques que chaque poussée catarrhale a laissé comme trace de son passage dans l'oreille du Scléreux, et qui, sous forme d'adhérences, de brides, de feuillets, cloisonnent la caisse, et peuvent aussi s'accoler au cours d'une inflammation pour constituer des cavités nouvelles, nous comprendrons qu'il est à peu près impossible de préciser le siège de ces enkystements. Le pourrait-on, la chose serait de peu d'intérêt, car le siège doit vraisemblablement varier beaucoup suivant les cas.

Terminons par un rapprochement entre ces otites purulentes circonscrites et les « abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse », dont M. Lubet Barbon entretenait dernièrement la Société d'otologie. Ne peut-on voir dans cette variété d'abcès mastoïdiens l'analogue de nos otites purulentes circonscrites ? C'est le même stade (le deuxième), mais plus éloigné du début, plus éloigné aussi de la trompe. Nous retrouvons là le début rhino-pharyngien. Nous retrouvons aussi notre premier stade, car les synptômes d'otite aiguë se retrouvent dans les observations citées. Puis l'infection, s'éteignant presque partout, se confine non plus dans la caisse, mais dans cet autre segment de l'oreille moyenne : l'apophyse mastoïde ; et là, elle détermine un foyer purulent également circonscrit, car le pus ne siège que dans les cellules de la pointe.

Entre ces Mastoïdites Circonscrites, et nos Otites Circonscrites des Scléreux, il y a du reste analogie dans la marche. Cette marche est torpide, ou, si l'on

veut, moins théâtrale que dans les cas ordinaires.

Il en résulte une conséquence identique ; la facilité d'une erreur de diagnostic dans l'un et l'autre cas ; on méconnaît l'otite, on méconnaît la mastoïdite.

Analogie aussi dans le traitement ; incisons la membrane : ouvrons la mastoïde, bien que notre intervention paraisse exagérée : dans un cas comme dans l'autre, nous trouverons du pus. Mais nous ne trouverons le pus, (et ici l'analogie se complète) qu'en portant l'instrument en dehors des points d'élection : incisons la membrane, non point dans sa partie sous-ombilicale, mais sur la voussure ; n'ouvrons point la mastoïde au niveau de l'antre, mais à la pointe.

Ces malades à mastoïdites torpides circonscrites ne seraient-ils pas des Scléreux ? La membrane donne à l'œil, dit M. le docteur Lubet, l'impression d'être épaissie.

Quoiqu'il en soit, bon nombre de soit disant mastoïdites primitives doivent rentrer dans ce groupe de mastoïdites tardives ; l'inflammation s'est éteinte dans la caisse sans suppurer, et plusieurs mois après se développe l'abcès mastoïdien.

CHAPITRE IV

DÉBUT. — MARCHÉ. — DURÉE. — TERMINAISONS.

I. DÉBUT. — Le début peut être brusque (obs. I), même dans la forme catarrhale, comme nous l'avons observé chez une malade. Dans d'autres cas il est rapide (obs. II, VI) ou progressif (obs. V).

Le symptôme initial est le plus souvent la douleur (obs. I, VI, et autres malades dont nous n'avons pas rapporté l'observation). Les bourdonnements et la surdité suivent à brève échéance. — Deux de nos observations signalent le début par des bourdonnements. Dans l'une (obs. II) ce sont des sifflements des deux oreilles, avec autophonie. Dans l'autre (obs. V) les bourdonnements étaient accompagnés de dureté de l'ouïe. A ces symptômes de début peut se joindre le cortège ordinaire des manifestations fébriles (insomnie, anorexie, élévation de température), quelquefois violent (obs. I et II).

II. MARCHÉ ET DURÉE. — Nous serons bref à ce sujet dont nous avons déjà suffisamment parlé à propos des formes de la maladie.

Rappelons seulement que l'otite aiguë des Scléreux ne passe pas forcément à la suppuration.

Quand elle suppure, elle peut, qu'elle soit circonscrite

ou généralisée, suivre une marche franchement aiguë et de courte durée (obs. I et II), se prolonger un peu plus longtemps (obs. VI), ou évoluer d'une façon nettement subaiguë (obs. IV et V). On l'a vue dans ce cas durer jusqu'à dix mois (obs. III). Ce fait se produit dans les otites généralisées, cloisonnées, présentant une perforation insuffisante au sommet d'une ampoule. Ces cloisonnements entraînent des phénomènes de rétention, et prolongent la suppuration. Le séjour prolongé du pus dans la caisse altère la muqueuse, et y provoque le développement de granulations et de polypes. On conçoit qu'à un degré de plus, la muqueuse pourrait être détruite et l'os atteint de carie. Cette caisse remplie de pus, ouverte aux infections qui lui arrivent par la trompe et par le conduit, est fréquemment le siège de poussées aiguës, qui peuvent s'accompagner de complications mastoïdiennes.

III. TERMINAISONS. — Dans quatre de nos observations on dut pratiquer la paracentèse, parce que la membrane trop résistante ne se laissait pas perforer. Que serait-il arrivé si l'incision n'avait pas été faite ? Presque certainement au lieu d'ouvrir la caisse, on aurait été obligé d'ouvrir l'apophyse, car dans les observations II et IV s'étaient déjà développés des symptômes non douteux de mastoïdite qui, du reste, cessèrent après la paracentèse.

Grâce à la paracentèse tous ces cas évoluèrent vers la guérison la plus fréquente. La mastoïdite est une complication si fréquente qu'elle fait presque oublier les autres. Bien que nous n'en ayons point d'exemple, on peut cependant imaginer que le pus puisse se frayer une

voie à travers les déhiscences de la voûte et du plancher de la caisse, et attaquer, les organes voisins, tels que sinus, carotide, méninges. Mais ce sont des accidents auxquels expose toute otite purulente. Tout au plus pourraient-ils être plus fréquents ici, à cause de la résistance de la membrane.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

On doit le considérer comme plus fâcheux que dans l'otite aiguë ordinaire.

Aux lésions préexistantes de sclérose, qui sont déjà une acquisition très désavantageuse pour le malade, se joignent en effet les risques beaucoup plus grands de fusées infectieuses dans les organes de voisinages, puisque le pus peut être très longtemps retenu dans la caisse par la résistance exagérée du tympan.

Les cloisonnements de la caisse peuvent en outre prolonger plus longtemps la suppuration.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC

On peut dire en toute vérité, à ce sujet, quand il s'agit de l'otite de Scléreux que la première impression est la bonne. En entendant le malade raconter son histoire, le médecin a déjà très souvent fait le diagnostic d'otite moyenne aiguë d'après la seule énumération des symptômes subjectifs et généraux. Les risques d'une erreur de diagnostic ne commencent, s'il n'est pas prévenu, qu'au moment où il examine la membrane ; car n'y trouvant point les signes classiques de l'inflammation aiguë, il rectifie son premier diagnostic, (le bon !) et en fait un autre plus ou moins indécis de névralgie, de catarrhe, ou de quelque affection qu'il déclare mal définie.

En procédant d'une façon méthodique, on évitera l'erreur. Lorsqu'un malade présente les symptômes fonctionnels et généraux de l'otite moyenne aiguë, avec intensité spécial des troubles de l'audition, et que la membrane ne présente qu'un ébauche d'état inflammatoire, peu en rapport, semble-t-il, avec l'hypothèse d'une otite moyenne aiguë purulente, au lieu de rejeter l'hypothèse d'une inflammation aiguë de la caisse, regardons l'autre oreille : nous y trouverons une membrane scléreuse. Informons nous du passé otologique de notre malade :

nous y retrouverons des poussées antérieures sur les deux oreilles, ou une otite aiguë vraie, puis les symptômes d'une sclérose de la caisse : notre malade était déjà sourd et scléreux. La membrane épaissie, fibreuse, blanchâtre, opaque, peu vasculaire, ne peut réagir aussi violemment qu'une membrane saine ; mais le pus n'en existe pas moins dans la caisse.

Ainsi donc l'importance que prennent les troubles de l'audition et de la perception osseuse, l'aspect de la membrane enflammée, et celui de la membrane simplement scléreuse, les antécédents du sujet sont les principaux éléments d'un diagnostic facile pour celui qui est prévenu.

Aussi n'insisterons-nous point sur les diverses affections qui pourraient prêter à confusion : telles que l'otalgie réflexe d'origine dentaire, amygdalienne ou pharyngienne et l'otalgie hystérique avec surdité complète.

Dans le cas de Gradenigo il y avait anesthésie complète du pavillon, du conduit et de la membrane, circonstance qui fit faire le diagnostic.

Souvenons-nous du reste que l'otalgie est presque toujours symptomatique d'une affection du conduit, de l'oreille moyenne ou de la mastoïde, et que la névralgie auriculaire est extrêmement rare.

Une poche pourrait à première vue être prise pour un polype : mais s'il existe une perforation au sommet de la poche, il n'y aura plus de doutes.

Les abcès interlamellaires de la membrane, ont le plus souvent leur point de départ dans une affection du conduit. Saillie plus circonscrite, siège en un point quelconque de la membrane, paroi externe extrêmement mince,

réaction moins vive, symptômes subjectifs moins intenses, troubles auditifs peu marqués : tels sont les caractères qui empêcheront de confondre ces abcès interlamellaires avec une otite aiguë à voussure circonscrite.

Une inflammation de l'attique, avec perforation de la membrane de Shrapnell sera écartée si l'on remarque que les perforations, voussures, poches, cicatrices, siègent dans l'otite que nous venons de décrire au-dessous des plis antérieur et postérieur : par conséquent n'intéressent pas la membrane de Shrapnell. La durée est du reste bien plus longue encore dans les inflammations de l'attique.

Enfin à propos de la mastoïdite, rappelons que, sans nier les mastoïdites primitives sur lesquelles a surtout insisté Brieger, il convient, avant de qualifier de primitive une inflammation de la mastoïde, de fouiller avec soin les antécédents du malade et d'examiner sa caisse avec grand soin.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Les bases du Traitement sont les mêmes ici que dans l'otite moyenne aiguë ordinaire.

I. On confinera donc le malade à la chambre, en lui recommandant de s'abstenir d'aliments et de boissons excitants. On lui fera prendre en plusieurs fois dans les 24 heures 0 gr. 75 centigr. à 1 gr. de sulfate de quinine, 1 gr. 50 à 2 gr. d'antipyrine.

En même temps des moyens locaux sont dirigés contre l'otite par deux voies : la voie du conduit et la voie tubaire : Dans le conduit, des bains avec une solution de phénosalyl ou une solution très étendue de sublimé, suivis d'instillations de glycérine phéniquée ou resorcinée à 1/20, décongestionnent la caisse, calment la douleur, et préparent l'asepsie du conduit. L'interdiction de fumer, jointe à l'usage de vaseline boriquée ou de vaseline liquide au salol introduites dans le nez s'attaquent à la source même de l'infection.

Dans les cas où l'otite ne suppure point, le malade en sera quitte pour quelques séances de douches d'air. Mais souvent la suppuration se produit et la paracentèse s'impose. Il faut la faire suivant certaines règles très importantes quand il s'agit de Scléreux.

II. Paracentèse. — *a)* On n'attendra pas pour la faire l'apparition de symptômes graves indiquant une mastoïdite en pleine évolution.

b) On se servira de l'aiguille à paracentèse ordinaire, qu'il sera, pour le cas particulier, souvent plus commode de remplacer par une sorte de petit bistouri spécial. D'autres préfèrent le cautère galvanique à pointe bouton-née.

c) A quelle place faut-il inciser ? Plusieurs cas peuvent se présenter. Dans le premier cas, on se trouve en présence d'une otite manifestement étendue à toute la caisse. Alors, pas de doute, on doit faire la paracentèse dans le point le plus favorable à l'évacuation du pus, le moins dangereux pour les parties constituantes de l'oreille : on incisera donc dans la partie sous-ombilicale ; ou, pour plus de sécurité, on fendra la membrane dans toute sa hauteur.

Dans un autre cas, l'otite est, d'après toutes les présomptions, localisée à une partie de la caisse ; dans ce cas également, pas d'hésitation : il faut inciser sur la poche.

Mais dans le troisième cas, le plus fréquent peut-être, on se trouve en présence d'une voussure circonscrite. S'agit-il d'une otite enkystée vraie, ou d'une otite généralisée avec voussure d'une partie de la membrane ? Le diagnostic est hésitant, où inciser ? Remarquons que si l'on incise au lieu d'élection au lieu d'inciser la poche, on n'aura, au cas d'otite circonscrite, rien fait qu'une opération assez douloureuse, et inutile. Tout reste à faire comme devant. Si au contraire on incise la poche systématiquement toutes les fois qu'elle existe au lieu

d'inciser au lieu d'élection, on aura fait œuvre utile même s'il s'agit d'une otite généralisée avec voussure située très haut. Sans doute l'ouverture sera moins favorable à l'évacuation du pus, mais cette incision, que nous supposerons faite dans le quadrant postéro-supérieur, et faite suivant les règles que nous ferons connaître, c'est-à-dire longue, incurvée ou cruciale, arrivera souvent jusqu'à la moitié sous-ombilicale de la membrane et par conséquent ne sera pas si défavorable à l'écoulement du pus. Les douches d'air et le décubitus aideront, pour leur part, à sa sortie. Enfin, au cas vraisemblablement assez rare où cette première paracentèse ne remplirait pas le but, on aura toujours la ressource de faire une contre-ouverture au lieu d'élection. Un argument plus convaincant que ces explications nous est du reste donné par nos observations. Dans l'observation VI (otite généralisée à voussure circonscrite) la paracentèse fut faite sur la voussure, c'est-à-dire dans le segment postéro-supérieur et le malade guérit, sans qu'une contre-ouverture eût été utile. — Donc, en cas de voussure circonscrite, si la généralisation de l'otite n'est pas absolument certaine, c'est la voussure que nous inciserons, et que nous inciserons largement.

d). Quelle forme et quelle dimensions faut-il donner à l'incision ? Il est à remarquer que dans ces membranes scléreuses plus encore que dans une membrane normale, les lèvres de l'incision linéaire ont tendance à ne pas s'écarter, elles restent accolées et la perforation se ferme prématurément, surtout si elle est petite, de sorte que des phénomènes de rétention pourront se développer. Ce fait existe déjà pour les membranes saines ; aussi

Hang fait-il, même dans toute otite aiguë purulente, son incision très grande et courbe. A plus forte raison cette précaution est-elle indiquée chez les Scléreux.

On peut cependant se permettre une incision linéaire, lorsqu'il s'agit d'une voussure, mais on la fera longue, aussi longue que la voussure, de façon que celle-ci soit ouverte dans toute son étendue : on dirigera l'incision perpendiculairement aux fibres radiées, par conséquent de haut en bas et d'avant en arrière s'il s'agit du quadrant postéro-supérieur.

La voussure ainsi ouverte dans les observations IV et VI ne se reproduisit point. — En cas de forme généralisée, on pourra fendre la membrane du haut en bas, dans toute sa hauteur (obs. II). Mais cette façon de faire expose à la cicatrisation trop rapide, et, dans le cas dont nous parlons, on fut obligé de décoller au stylet les bords de la plaie prématurément agglutinés. Il est donc préférable de faire une incision cruciale comprenant toute l'étendue de la membrane (obs. IV) ; ou même de faire un plus grand nombre d'incisions qui s'entrecroisent, et qui « hachent le tympan », selon l'expression de M. Gellé, c'est la seule manière d'annihiler les cloisonnements de la caisse. Enfin on peut réséquer une rondelle de la membrane (obs. III, 2^e paracentèse).

e) Deux particularités principales attirent l'attention au moment où l'on incise ces membranes scléreuses. D'abord, tandis que la douleur provoquée par la paracentèse est d'ordinaire extrêmement aiguë, ici elle est simplement assez vive (obs. VI), insignifiante (obs. IV), nulle (obs. III) ; dans ce dernier cas, la membrane était tout à fait insensible. Dans les autres observations, la douleur

à l'incision fut également beaucoup moins vive que dans les cas d'otite ordinaire.

La seconde particularité est l'épaisseur des tissus que traverse l'aiguille. La membrane est épaisse (obs. IV et VI), excessivement épaisse (obs. III), son épaisseur est énorme (obs. II); et, lorsqu'on a pu apprécier, l'aiguille en main, cette épaisseur de la membrane, on s'explique qu'elle ait si peu de tendance à la voussure généralisée d'abord, ensuite à la perforation spontanée.

f). La paracentèse pratiquée, il s'écoule d'ordinaire du sang mélangé de pus ou de sérosité louche. Nous avons vu que cette quantité de pus pouvait varier beaucoup. En même temps, la voussure s'affaisse. — Un autre effet immédiat, instantané, de la paracentèse, est la cessation, ou l'énorme atténuation de la douleur: mais ce fait n'a ici rien de particulier. — Enfin, un dernier résultat immédiat est la production d'un bruit de perforation accompagné de râles, soit par le Valsalva, soit par le cathétérisme ou le Politzer. L'air chasse en même temps du pus dans le conduit. Ces résultats de la douche d'air manquent bien entendu si l'otite est circonscrite.

g). Ici, comme ailleurs, la paracentèse peut occasionner plusieurs *accidents*, (particulièrement des hémorrhagies), sur lesquels nous ne nous arrêtons pas. Nous insisterons en revanche sur un accident qui appartient plus directement à notre sujet, parce qu'on y est exposé toutes les fois qu'on incise le quadrant postéro-supérieur c'est la section de la corde du tympan. Il serait superflu de rapeler une fois de plus le trajet de ce nerf. Retenons seulement que la corde du tympan appartient dans une par-

tie de son trajet au segment postéro-supérieur de la membrane; qu'elle traverse diagonalement ce segment en se dirigeant d'arrière en avant et aussi un peu de bas en haut. Retenons aussi qu'elle est incluse dans le feuillet interne de la poche postérieure de Tröltsch : elle cotoie le bord libre de ce feuillet d'une façon plus ou moins immédiate, suivant le point considéré.

Ce fait que la corde est dans le feuillet interne de la poche de Tröltsch, et non point dans l'épaisseur même de la membrane, explique en partie qu'elle soit assez rarement lésée dans la paracentèse de cette région : si un épanchement se localise et s'enkyste dans cette poche de Tröltsch, le nerf, repoussé en dedans, sera protégé contre le bistouri.

Pour se donner une plus grande sécurité, il est bon d'adopter, toutes les fois qu'on incise la membrane dans cette région, une incision dont la direction soit toujours la même : d'arrière en avant et un peu de bas en haut. Cette direction a deux avantages, elle risque moins qu'une autre de rencontrer la corde du tympan ; elle est perpendiculaire aux fibres radiées, et par conséquent met l'incision dans les conditions les plus favorables à l'écartement de ses lèvres.

Dans quelques cas cependant, la corde du tympan a été blessée ou sectionnée. Dans le premier cas il y aurait des phénomènes d'excitation, consistant en engourdissement de la moitié latérale de la langue dans son tiers antérieur, avec sensation styptique (Boucheron), en fourmillements avec sensation métallique dans le tiers antérieur de la partie latérale de la langue (Noquet). — La sec-

tion s'accompagnerait de paralysie du goût dans le tiers antérieur de la moitié de la langue (O. Wolf). Ed. Schultze pense que, dans ce cas de Wolf, la section devait être incomplète, eu égard à la limitation des troubles au tiers antérieur, et à la restitution rapide du goût. En effet, dans un cas que rapporte Ed. Schultze, le goût fut aboli dans les deux tiers antérieurs du côté correspondant.

En résumé, la blessure et la section de la corde du tympan sont chose possible ; mais elles sont plus rares qu'on ne pourrait le croire ; on se mettra dans les meilleures conditions pour éviter cet accident si l'on dirige l'incision comme il a été dit.

h). Après la paracentèse, reste à chasser le pus par la porte qu'on vient de lui ouvrir. Les divers moyens d'aération de la caisse y pourvoient : le Valsalva pourra suffire, le cathétérisme sera quelquefois nécessaire, mais on donne généralement la préférence à la douche de Politzer, plus certaine dans ses effets que le Valsalva, plus simple et moins pénible pour le malade que le cathétérisme. On n'aurait donc recours à ce dernier moyen que si le gonflement du pavillon empêchait l'air de passer dans la trompe.

Les trois procédés que nous venons de citer ne sont applicables qu'à la forme généralisée de l'otite. Mais dans la forme circonscrite et dans les variétés à cloisonnements (obs. III) de la forme généralisée, où l'entrée de l'air ne s'accompagne ni de râles, ni de bruit de perforation, il faut extraire le pus de son cul-de-sac, en l'aspirant par le conduit. Le spéculum de Siegle, ou, si l'on veut un moyen plus énergique, l'emploi d'une pompe aspiran

dont l'embout ferme hermétiquement le conduit, videront la poche de son contenu.

Au cas où un bouchon purulent, s'interposant entre les lèvres de la perforation, empêcherait l'écoulement du pus et provoquerait des symptômes de rétention, on extrairait le bouchon purulent en le cueillant avec une pince à mors très fins, ou par un lavage de la cavité à la canule d'Hartmann, ou encore, si l'otite est généralisée, à l'aide d'une irrigation de la caisse *per tubam*. On aurait guéri par ce dernier procédé, non seulement des otites, mais quelques cas très rares de mastoïdites, sans être obligé de recourir à la trépanation de l'apophyse.

Une irrigation très douce, ou des bains d'oreille débarrassent ensuite le conduit du pus qu'il contient. Et l'on continue le traitement indiqué à la période de début.

i). Sous la double influence de la paracentèse et de ce traitement local, les symptômes aigus de l'otite et de la mastoïdite s'atténuent et disparaissent (obs. II et IV). La température qui était la veille de 40°, tombait le soir même à 38° (obs. II) ; l'audition remonte : la membrane perd progressivement sa rougeur et s'enfonce. L'écoulement qui a pu être abondant le jour même, et quelquefois aussi les jours suivants (obs. VI) se tarit ; enfin la perforation se cicatrise. Elle se cicatrisa cinq jours après la paracentèse dans les observations I et II. Largement béante six jours après la paracentèse dans l'observation VI, elle était fermée dix-huit jours après cette paracentèse.

Pour hâter la cicatrisation et dans un but antiseptique, il peut être indiqué de faire des bains d'oreille tièdes avec de l'eau oxygénée obs. VI. Nous sommes d'accord avec

M. Egger, pour en avoir eu la preuve nous-mêmes, quand il dit qu'on a exagéré l'instabilité de l'eau oxygénée et son altérabilité.

III. Les cas où la perforation est située au sommet d'une poche, cas extrêmement tenaces comme on le sait, réclament quelquefois des interventions autres que la paracentèse. Outre les applications de perchlorure de fer, et d'acide chromique, que nécessite quelquefois l'état de la perforation, une intervention plus radicale pourra se trouver indiquée : c'est l'extirpation, à l'anse froide, de la poche ou de la production fibreuse consécutive. Ce procédé fut appliqué à deux reprises dans l'observation III ; il a l'avantage, en enlevant la poche à sa base même, de substituer un orifice suffisant au moins par ses dimensions, au pertuis étroit et mal placé du sommet de la poche. Brieger a retiré des avantages de la dilatation énergique de la perforation et s'est servi plusieurs fois de l'anse froide pour extirper les poches.

IV. L'écoulement est tari et la perforation fermée : l'otite aiguë est guérie. Mais l'inflammation a laissé ses traces dans la caisse, sous forme de filaments, de membranes, d'accollements entre parties voisines. La muqueuse est gonflée et vascularisée. Il faut maintenant hâter le retour de la muqueuse à son état antérieur, empêcher les adhérences définitives, rompre les brides pendant qu'elles sont encore molles, et profiter du ramollissement des brides scléreuses préexistantes par le fait de l'inflammation récente pour les

distendre et les rompre, si faire se peut ; il faut aussi rendre aux articulations des osselets leur jeu normal en les massant, comme on masse l'articulation d'un membre après une arthrite. Ces divers résultats seront obtenus avec plus ou moins de succès par l'aération de la caisse, on aura recours aux douches de Politzer qu'on fera pratiquer au malade pendant trois semaines ou un mois, en y joignant s'il est nécessaire, l'aspiration par le conduit. Si le Politzer ne remplit pas le but, on le remplace par le cathétérisme, et il se peut qu'après plusieurs séances de cathétérisme, le Politzer, qui était d'abord resté sans résultat, devienne efficace. L'amélioration se traduit par le relèvement de l'acuité auditive, par la cessation des bourdonnements, et par le redressement de la membrane ; mais ces divers effets ne sont pas forcément parallèles, comme en témoigne l'observation I.

En combinant ces divers procédés, suivant les indications, on arrive souvent à rendre au malade une acuité auditive passable ou presque bonne. L'audition avait monté, au bout de un mois et demi de Politzer à 80 cent. dans l'observation I, et la membrane était un peu redressée ; au bout de un mois de Politzer, à 25 cent., avec membrane enfoncée, dans l'observation II. L'audition se releva dans l'observation V. Elle était bonne, après un mois de cathétérisme dans l'observation VI.

Quoi qu'on fasse, l'audition ne redevient donc jamais parfaite ; mais, en bonne logique, le malade ne peut pas exiger d'entendre mieux après cette nouvelle otite qu'il n'entendait auparavant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Dûe à M. le docteur LERMOYEZ).

*Otite moyenne aiguë grippale de l'oreille droite chez
un Scéléreux.*

M. L. ..., 25 ans, interne des hôpitaux, a eu il y a six ans, une otite moyenne aiguë droite, de 8 jours de durée, à la suite d'une scarlatine.

Grand fumeur, pharyngite chronique. Vient consulter M. le docteur Lermoyez le 2 février 1895.

2 Février. — Le malade a la grippe depuis 4 jours. Aujourd'hui la fièvre est tombée ; mais le malade a le teint terreux, faiblesse très grande, sueurs, etc.

Hier (1^{er} février) il a été pris brusquement d'une très vive douleur dans l'oreille droite. Aujourd'hui cette douleur a diminué.

Examen de l'oreille droite : Extérieurement rien, sauf un peu de sensibilité mastoïdienne. Le tympan est rouge pâle, légèrement bombé, et présente un cul-de-sac très marqué dans le quadrant postéro-supérieur.

Oreille gauche. — Tympan normal, un peu opaque.

Muqueuse naso-pharyngienne rouge vif, tapissée de muco-pus.

Traitement : Repos au lit. Diète. Un gramme de sulfate de quinine, 1 gr. 50 d'antipyrine. Bains d'oreille chauds avec du sublimé à 1 pour 4000. Dans l'intervalle, glycérine phéniquée au 1/20.

3 Février. — La douleur a cessé quelques heures après le début du traitement. Membrane rosée. Poche moins tendue.

Audition de l'oreille droite : Montre air : 3 cent.

5 *Février*. — Pas de douleurs, les bourdonnements continuent, et sont plus marqués que la veille.

Audition : O. D. Montre air : 0.

6 *Février*. — Les douleurs sont revenues. Paracentèse au niveau de la poche, celle-ci occupe très nettement le quart postéro-supérieur de la membrane, dont le reste est à peine bombé et rose pâle. Il en sort à peine deux gouttes de pus. Le Politzer ne passe pas du tout après la paracentèse.

Même traitement local.

8 *Février*. — Le malade raconte que les douleurs ont cessé après la paracentèse. Il y a à peine une gouttelette de pus au fond du conduit. La membrane pâlit.

11 *février*, — Il n'y a plus de douleurs, ni d'écoulement. Les bourdonnements diminuent.

Audition : O. D. Montre air : 5 centim.

16 *février*. — Les bourdonnements sont presque nuls. La membrane n'est plus injectée, elle est grise, opaque, épaissie. Le marteau est très enfoncé. Le Politzer passe aujourd'hui médiocrement, sans râles, sans bruit de perforation ; mais améliore l'audition qui monte pour la montre air de 2 cent. à 30 cent. ; et pour la voix haute de 40 cent. à 2 m.

Weber latéralisé du côté malade. Rinne négatif (20 secondes).

Du côté gauche : Montre air 4 m.

Rinne positif (25 secondes). La membrane est un peu épaissie.

Traitement : Politzer tous les matins.

23 *février*. — Encore quelques bourdonnements.

O. D. Membrane grise, opaque. Marteau excessivement enfoncé et presque horizontal, pli postérieur très saillant : c'est ce pli qui formait la poche. C'est lui qui a été incisé pendant l'état aigu ; on voit encore la cicatrice de l'incision. Le Politzer passe toujours très mal et modifie peu l'audition. Pendant dix jours le malade va faire le Politzer et l'aspiration dans le conduit avec la poire.

3 *mars*. — Pas d'amélioration. La membrane est toujours très enfoncée. Le Politzer passant très mal, le malade va être cathétérisé tous les jours. L'air passe bien, avec un souffle large, mais ne redresse pas la membrane.

7 mars. — Pour la première fois le cathétérisme fait claquer la membrane.

9 mars. — Cessation du cathétérisme. Le malade part en vacances, où il fera du Politzer. Actuellement, l'audition de la montre, avant le cathétérisme, est pour l'oreille droite, de 50 cent.

A son retour (27 avril) le malade entend à 80 cent. Le tympan est un peu redressé; le Politzer passe bien.

Ce malade déclara, peu de temps après la cessation de l'état aigu qu'il entendait mieux qu'avant son otite.

OBSERVATION II

(Dûe à M. LERMOYEZ)

Otite aiguë purulente, avec poussée de mastoïdite chez une Scléreuse.

Mme G... 36 ans, surveillante, éprouva le 19 mars 1895, au cours d'un rhume de cerveau, des bourdonnements d'oreille. Ces bourdonnements existaient des deux côtés, mais surtout à droite.

Ils avaient le caractère de sifflements et s'accompagnaient d'autophonie. Puis survint une douleur très vive qui ne parut qu'après les bourdonnements, et, un peu plus tard, un écoulement momentané de pus du côté droit.

Inappétence et léger état fébrile qui devint plus marqué dans la suite, au point que le 26 mars, la température vespérale atteignit 40°.

Le lendemain 27, elle se présente à la Clinique.

Séborrée sèche du cuir chevelu. Eczéma séborrhéique des deux oreilles.

Oreille droite : Les ganglions prétragien et retro-auriculaires sont indemnes. Au niveau de la région mastoïdienne la peau est légèrement rosée et un peu empâtée, la pression y provoque une douleur assez vive dans toute son étendue. Pas de douleur à la traction du pavillon. Eczéma du pavillon. Conduit libre. Pas de chute de sa paroi postéro-supérieure. Pas de pus dans le conduit. Injection très notable de sa paroi :

Membrane légèrement injectée et très scléreuse.

Oreille gauche. Eczéma sec du pavillon. Aucune douleur à la pression du pourtour de l'oreille. Conduit normal. Membrane opaque. Très légère injection du manche du marteau.

Nez. Un peu rouge, pas de muco-pus. Pas traces de muco-pus dans le cavum, à la rhinoscopie postérieure.

Audition. — O. G. : 48 cent avant le Politzer.

O. D. : 0. avant le Politzer.

Weber latéralisé à droite.

Paracentèse. La membrane est fendue dans toute sa hauteur. Elle présente une épaisseur énorme. L'incision donne issue à du pus abondant.

Traitement : Repos, diète, bains tièdes du conduit. Glace sur la mastoïde. Sulfate de quinine et antipyrine.

Le soir de l'incision, la température est de 38°.

29 mars. La malade a beaucoup moins souffert ; il s'est écoulé beaucoup de pus.

Membrane rouge. Le Politzer passe avec un bruit de perforation très aigu. La perforation se referme. Les bords en sont décollés au stylet. Le Politzer ne fait sortir de la perforation qu'une sérosité sanguinolente.

1^{er} avril. Audition : O. D. : 6 cent.

Weber latéralisé à droite.

Les douleurs ont diminué beaucoup. La membrane est enfoncée, un peu rouge. La perforation est cicatrisée. Le Politzer ne passe pas.

On continue les bains (2 par jour) ; et on cesse la glace.

3 avril. — Aucune douleur spontanée, légère douleur à la pression de l'apophyse. Membrane légèrement enfoncée, un peu rosée.

Audition, O. D. : Montre air : 8 cent. Le Politzer passé assez bien et la fait monter à 43 cent.

5 avril. — La malade ne souffre presque plus à la pression de l'apophyse. Douches d'air.

1^{er} mai. — La malade a fait le Politzer depuis un mois. La membrane est un peu enfoncée. O. D. : Montre air : 25 cent.

Cathétérisme : l'air passe très bien mais ne modifie pas l'audition.

OBSERVATION III

(Due à M. LERMOYEZ)

*Otite moyenne aiguë purulente droite à répétition chez
un Scléreux.*

M. L..., dentiste, n'a jamais eu de lésion antérieure de l'oreille.

Au début de janvier 1893, influenza. Huit jours après, otite moyenne aiguë droite, qui s'est ouverte spontanément. Le malade n'a fait aucun traitement rationnel jusqu'au 16 mars, malgré des douleurs nocturnes excessivement vives.

Le 16 mars, il souffre beaucoup moins ; mais, lassé par la persistance de l'écoulement, il se décide à suivre un traitement régulier.

Ce jour-là : O. D : pas de gonflement périotique ; très légère douleur à la pression de la pointe de l'apophyse mastoïde. Très peu de pus dans le conduit. On y note surtout une desquamation abondante, avec rougeur vive des parois, due à ce que le malade a fait une injection d'eau phéniquée au 1/30.

Le tympan n'est pas enfoncé ; il est opaque, gris perle dans sa presque totalité. Il existe seulement, en avant de l'apophyse externe du marteau, une petite poche conique qui semble s'insérer un peu au-dessous du pli antérieur, et qui par conséquent ne dépend pas de la membrane de Schrapnell. Elle est rouge et simule un polype ; mais elle est perforée à son sommet, et la pression en fait sourdre du pus.

Le Politzer ne donne lieu à aucun bruit de perforation.

Oreille gauche. Membrane opaque.

L'audition donne les résultats suivants :

Oreille droite : Montre air : 0. Montre os : 0.

Oreille gauche : Montre air : 18 cent. La montre os est perçue faiblement sur l'apophyse.

Traitement : Bains de phénosalyl à 1/100. Instillations de glycérine résorcinée à 1/30.

19 mars. — Même état. Pour faciliter l'issue du pus, on enlève

au serre-nœud toute la partie saillante de cette poche, et on en touche l'orifice au perchlorure de fer.

23 mars. — L'écoulement du pus est beaucoup moindre. La poche a beaucoup diminué. Il n'y a plus à sa place qu'un tout petit tubercule d'où suinte encore du pus. Le Politzer ne passe toujours pas.

26 mars. — Etat stationnaire. Curettage énergique de ce tubercule et cautérisation à l'acide chromique.

28 mars. — La suppuration a beaucoup diminué ; elle est presque nulle.

2 Avril. — Poussée aiguë due à un coryza intercurrent. Pus abondant dans le conduit. Membrane très légèrement rosée, mais ne bombe pas. Perforation très petite en avant de l'apophyse externe. Le cathétérisme ne donne lieu à aucun bruit de perforation. Pansement humide ; Quinine... etc. Le malade est perdu de vue jusqu'au 18 juin.

18 Juin. — Il revient, ayant fait depuis deux mois et demi, deux fois par jour, des injections dans l'oreille droite avec de l'eau boriquée. Depuis quelque temps il n'a plus d'écoulement ; mais il éprouve, au niveau du vertex, une douleur fixe, continue, excessivement vive ; de plus dans l'oreille droite, des bourdonnements intenses à timbre musical (bruits de guitare... etc.)

O. D. Membrane opaque, très légèrement rosée, et plutôt un peu enfoncée. Le manche du marteau ne se distingue plus, à la place de la poche antérieure, il existe une petite tumeur blanche, dure, comme fibreuse, du volume d'un grain de chènevis, indolore, et occupant la place où se trouvait naguère le sac d'exsudat. Au-dessus une très petite fistule. Le cathétérisme ne donne lieu à aucun bruit de perforation.

Audition. O. D. : Montre air : 0. Voix basse : 28 cent. avant le cathétérisme : 75 cent. après le cathétérisme. Montre os, non perçue. Rinne négatif.

O. G. : montre air : 7 cent. montre os, non perçue.

Weber latéralisé à droite.

23 Juin. — Douleurs beaucoup plus vives malgré le pansement humide chaud.

M. Lermoyez fait une paracentèse ; mais au lieu d'inciser la poche, il incise la membrane dans le quadrant postéro-inférieur. Membrane excessivement épaisse, tout à fait insensible. Par l'incision il sort du pus assez abondant, et un petit polype vient faire hernie.

27 Juin. — Toute douleur a disparu ; Suppuration assez abondante. Le Politzer passe maintenant.

2 Juillet. — La perforation est fermée. La douleur reparaissant, M. Lermoyez enlève de nouveau au serre-nœud la tumeur qui siège au-devant du marteau, et, à sa place, est un orifice béant. Le stylet pénètre dans une cavité pleine de pus, mais ne sent pas d'os carié.

Pansement à la gaze iodoformée.

9 juillet. — La fistule supérieure est close. La poche se reforme.

11 juillet. — De nouveau, douleurs et œdème apophysaire. Cette fois la membrane tout entière est rouge et animée de battements. État général mauvais.

Paracentèse dans le quadrant postéro-inférieur ; mais au lieu de faire une incision simple, M. Lermoyez résèque une rondelle de la membrane. Il sort une quantité assez abondante de pus ; et cette fois le Politzer passe très librement.

18 juillet. — Suppuration abondante. Le Politzer passe très bien ; la douleur a diminué.

Pendant son absence, M. Lermoyez adressa son malade à M. Gellé, qui dut faire cinq nouvelles paracentèses.

26 octobre. — Le malade est guéri. Toute douleur a disparu. Le tympan est blanc mat, comme une surface de porcelaine. Marteau légèrement rosé, avec vaisseaux rayonnants apparents.

En avant et un peu au-dessous de la courte apophyse, petite dépression cicatricielle occupant l'endroit où se trouvaient les poches ; ce qui montre nettement que celles-ci étaient formées aux dépens de la membrane même du tympan, et non aux dépens de la membrane de Shrapnell.

Le Politzer passe mal.

Audition de l'oreille droite : Montre : 4 cent. Voix : 60 cent

OBSERVATION IV

(Due à M. LERMOYEZ.)

Otite moyenne subaiguë chez un Scléreux.

M. A. ., 56 ans, employé d'octroi. Vient à la clinique le 3 avril. Il aurait été soigné il y a 40 ans pour des polypes (?)

Les oreilles n'ont jamais coulé ; mais à plusieurs reprises, dans sa jeunesse, il a ressenti quelques douleurs d'oreille. Depuis trois mois, bourdonnements de l'oreille gauche (bruits de vapeur), intermittents d'abord, aujourd'hui continuels.

En janvier, grippe (?) : (malaises, fièvre légère), il garda la chambre pendant six semaines. Dès le commencement de cette grippe, il a eu des élancements d'oreille. Soigné aux lavages boriqués et à l'huile de camomille.

Il y a six semaines, étourdissement qui a duré quelques instants. Neurasthénie, constipation habituelle. Tremblement de la langue.

Examen. — Oreille gauche. Chute de la paroi supérieure du conduit, qui se réduit sous la pression du stylet. Pas de fistule à ce niveau. Paroi tapissée de débris épidermiques. Après, déblaiement : membrane très difficile à voir, à cause de l'étroitesse du conduit, rosée avec vaisseaux apparents, enfoncée.

Audition : 6 cent. avant le Politzer. Rinne négatif (?).

Un peu de douleur à la région mastoïdienne.

Oreille droite. Membrane ramollie, blanchâtre, très enfoncée, rosée à la partie postéro-supérieure, manche rosé, horizontal.

Audition : 35 cent. avant le Politzer. Rinne positif.

Weber latéralisé à gauche.

Nez. — A gauche : déviation de la cloison, crête s'étendant profondément, venant au contact du cornet inférieur. A droite : Hypertrophie du cornet inférieur. Pas de muco-pus.

5 avril. — État stationnaire.

10 avril. — Les douleurs mastoïdiennes qui avaient un peu

diminué ont reparu aujourd'hui. Le tympan paraît légèrement bombé.

17 avril. — Nettoyage à l'alcool boriqué et Politzer. Très peu de débris épidermiques.

19 avril. — Politzer.

21 avril. — Le malade est restée cinq jours sans venir. Aujourd'hui douleur extrêmement vive au niveau de la base de la mastoïde, empâtement, un peu d'œdème, tympan bombé.

Paracentèse en croix de tout le tympan. Tympan épaissi et presque insensible; sortie de pus abondant et de sang.

26 avril. — Grande amélioration, cessation des douleurs spontanées, pas de fièvre. Localement, l'empâtement sus-auriculaire a bien diminué, rougeur violacée moins étendue, douleur à la pression infiniment moindre.

28 avril. — Lavage *perturbam* avec de l'eau bouillie additionnée de liqueur de van Swieten. Le liquide passe très bien par la caisse, et ressort propre par le conduit, n'entraînant qu'au début une petite quantité de pus.

La nuit, douleur vive au niveau de la région temporale, qui réveille le malade vers 2 heures. Il se lève, fait un lavage et la douleur disparaît.

29. Le lavage *per tubam* passe très bien, entraînant au début un peu de pus. (Il n'y avait pas eu de lavage du conduit antérieurement). Légère chute du conduit, pas de battements, pus liquide.

OBSERVATION V

(Prise à la clinique de M. LÉRMAYÉZ)

Otite moyenne aiguë suppurée localisée à la partie postéro-supérieure, chez un Scléreux.

K..., 29 ans, boulanger, se présente le 24 mai, à la clinique, disant n'avoir jamais eu d'écoulement d'oreilles, ni souffert des oreilles, lorsque, il y a trois semaines, il fut pris de bourdonnements, et de dureté de l'oreille gauche, dont, dit-il, il est sourd aujourd'hui.

Très peu de douleur.

Le début a donc été progressif.

Examen. — A gauche : conduit encombré de débris cérumineux et épithéliaux, qui sont enlevés par une injection. Dans l'eau du lavage, traces de muco-pus. Conduit rouge, présentant un certain degré d'otite externe. Membrane grisâtre, scléreux, elle bombe à sa partie supéro-postérieure.

Pas de signes physiques au niveau de la mastoïde, ni en avant du tragus.

Audition : Montre air : 20 cent. montre os : bonne. Voix basse : 2 m. (chiffres).

Rinne positif (40").

Oreille droite : audition : Montre air : 125 cent. Rinne positif.

Weber sans latéralisation.

Muco-pus dans le nez.

Paracentèse du tympan en haut et en arrière ; pus épais en petite quantité. Bruit d'auscultation large au Politzer.

Traitement. — Lavages d'oreille. Instillations de glycérine phéniquée. Quinine et antipyrine.

27 mai. — Politzer : Un bouchon obstrue la perforation qui s'est en partie refermée.

A partir de ce jour le malade fera le Politzer.

5 juin et les jours suivants, même pansement. L'oreille continue de s'améliorer.

17 juin. — Marteau très visible, un peu rouge. La membrane est redevenue blanchâtre.

OBSERVATION IV

Personnelle. (service de M. LERMOYEZ).

Otite moyenne aiguë à forme larvée chez un Scléreux.

B..., 41 ans, palefrenier, entré le 23 janvier dans le service de M. Lermoyez à l'hôpital Saint-Antoine. Il dit avoir eu antérieurement des névralgies sans localisation précise.

Il y a dix jours (le 14 janvier par conséquent), douleurs dans l'oreille droite, battements isochrones au pouls. Ronflement dans l'oreille. Dureté de l'ouïe.

Examen. — O. D. Légère douleur mastoïdienne, avec un peu d'empatement à la pointe. Rien au pavillon extérieurement.

Conduit : Toux réflexe assez violente au contact du stylet. Rien autre chose, sauf un peu de cérumen.

Membrane rouge, poche énorme bombée, faisant saillie au niveau du quadrant postéro-supérieur.

O. G. Membrane opaque.

Audition : O. D. Montre perçue seulement au contact. Montre os : o. Rinne négatif.

O. G. Montre air : 12 cent. Rinne positif (une ou deux secondes).

Weber latéralisé à droite.

Gorge et nez : Rien d'anormal.

Traitement : Glycérine phéniquée au 1/20^e dans le conduit. Tampon de vaseline boriquée dans le nez.

24 janvier. — Paracentèse linéaire, oblique et très longue dans le quadrant postéro-supérieur. Douleur assez vive ; membrane épaisse. Issue de sang et de sérosité purulente en très petite quantité. Bruit de perforation très net au Politzer.

L'examen de l'épanchement par le docteur Macaigne fait découvrir le staphylocoque doré.

25 janvier. — Pus en grande quantité. Battements. Le Valsalva passe très bien.

30 janvier. — Otorrhée extrêmement abondante. Le pus jaune verdâtre coule à flots. Perforation largement béante. Aucune douleur. Mis aux bains tièdes d'eau oxygénée.

A partir du 1^{er} février le malade n'a plus de température.

6 février. — Ecoulement. Battements. Le Politzer passe.

11 février. — L'écoulement est tari ; la perforation fermée. Le malade est guéri.

A partir du 20 janvier, il vint se faire cathétériser à peu près régulièrement.

5 mars. — Le cathétérisme passe. Bon état. Entend bien.

14 mars. — Le cathétérisme passé très bien.

23 mars. — Il n'y a plus trace de perforation. Le malade va très bien.

CONCLUSIONS

I. — L'otite moyenne aiguë des Scléreux présente sous le rapport des signes et symptômes, des formes, de la marche, du pronostic, et du traitement, des caractères qui lui donnent une physionomie spéciale et l'éloignent de l'otite moyenne aiguë des individus antérieurement sains au point de vue otologique.

II. — Les différences symptomatologiques portent principalement sur l'aspect de la membrane du tympan et sur l'audition.

a). La voussure généralisée de la membrane est l'exception. Les voussures circonscrites sont la règle.

La rougeur est très éteinte et limitée.

La membrane est généralement opaque, épaisse (souvent avec des points amincis), résistante, peu élastique, et peu sensible.

b). La perception aérienne est généralement abolie, dès le début, ainsi que la perception osseuse.

III. — On doit distinguer deux Formes à cette otite aiguë des Scléreux.

1° Une forme généralisée, dont une variété peut simuler la forme suivante.

2° Une forme circonscrite.

Cette forme circonscrite évolue en deux stades : premier stade (d'otite généralisée, presque toujours non pu-

rule) : deuxièmestade (d'otite circonscrite purulente).

Cette forme circonscrite a de grandes analogies avec les abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse, qui sont également le deuxième stade d'une otite généralisée non purulente.

IV. La perforation spontanée de la membrane est très retardée. La marche peut être traînante et l'écoulement durer beaucoup plus longtemps que dans l'otite moyenne aiguë classique.

L'audition ne redevient jamais normale à la suite de ces otites.

V. Le pronostic, déjà assombri du fait de la sclérose préexistante, s'aggrave encore par ce fait que l'épanchement purulent, ainsi défiguré, est souvent méconnu.

VI. On devra tenir grand compte, pour arriver au diagnostic, de l'état de l'autre oreille (qui est également scléreuse), et des antécédents du sujet.

Ces otites des Scléreux expliquent, sans aucun doute, un certain nombre de mastoidites, soit disant primitives.

VII. La paracentèse est plus souvent indiquée ici que dans l'otite purulente aiguë banale.

1° Dans la forme généralisée, on doit fendre la membrane dans toute son étendue par une ou deux incisions cruciales.

2° S'il y a une voussure nettement circonscrite, il est préférable d'inciser la voussure, mais toujours largement, en prenant les précautions requises pour éviter la corde du tympan,

La paracentèse est peu douloureuse chez les Scléreux.

La membrane incisée a tendance à se cicatriser prématurément.

Vu par le Président de la thèse :

PINARD

Vu le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE Ier. — Etude analytique des signes et symptômes..	11
— II. — Antécédents. — Circonstances étiologiques.	29
— III. — Formes cliniques.....	32
— IV. — Début. — Marche. — Durée. — Terminaisons	42
— V. — Pronostic	45
— VI. — Diagnostic.....	46
— VII. — Traitement	49
Observations.....	59
Conclusions.....	91

